

PRESENTACIONES DE CASOS

Hernia de Grynfelt Bilateral. Presentación de un caso.

Hospital General Docente Iván Portuondo, Artemisa, Cuba

Ariel Lázaro Torres Molina¹, Jesús Alberto Rondón Espino², Michel Rigoberto Berdial Leiva³, Julio Cesar Pérez⁴

¹Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Profesor Instructor. ²Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. ³Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Profesor Instructor. ⁴Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Instructor. Hospital General Docente Iván Portuondo, Artemisa, Cuba

RESUMEN

La hernia lumbar es un defecto poco frecuente de la pared posterior del abdomen, representa menos del 1% de todas las hernias de la pared abdominal. Este tipo de hernia es más frecuente en un solo lado y sobre todo, en los hombres de mediana edad, ancianos y rara vez contienen un saco herniario real. Existen dos maneras diferentes de abordar su reparación: por vía laparoscópica o por vía convencional. El valor de este artículo es describir un caso de hernia lumbar bilateral de Grynfelt tratada por cirugía abierta convencional y la colocación de una malla.

Palabras clave: Dolor Lumbar. Hernia. Tratamiento Quirúrgico.

INTRODUCCIÓN

Las hernias lumbares se producen a través de zonas de debilidad de la pared lumbar, en el espacio comprendido entre la XII costilla por encima, por debajo de la cresta ilíaca, detrás de la columna vertebral y los músculos espinales y delante de una línea horizontal que va desde el extremo anterior de la XII costilla hasta el ilion; en la literatura se describen dos tipos: las superiores que protruyen por el espacio de Grynfelt - Lesshaft y las inferiores por el triángulo de Petit (1, 2, 3).

Estas hernias son poco comunes, corresponden a menos del 1% de las hernias de la pared abdominal; Watson reúne 186 casos descritos en la literatura, son tres veces más frecuentes en el hombre, pueden aparecer a cualquier edad y se describen en niños y ancianos. Se clasifican en congénitas (19%), adquiridas no traumáticas (55%) y adquiridas traumáticas (26%) (1, 2, 3, 4). Las hernias lumbares adquiridas no traumáticas pueden aparecer a cualquier edad, pero son más frecuentes en la mediana edad y los ancianos, son inusuales en los niños, casi siempre son unilaterales, se asocian con factores que causan debilidad de la pared abdominal, los esfuerzos, la tos persistente, la constipación y la enfermedad urinaria obstructiva baja, entre otras. En escasas ocasiones contienen un saco herniario real (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Entre sus principales manifestaciones clínicas señalan: Dolor en la región lumbar y síntomas digestivos refle-

jos (dispepsia, náuseas y constipación). Al examen físico aparecen como un abultamiento semiesférico en la región lumbar, que transmite los impulsos de la tos y es casi siempre fácil de reducir, con característicos ruidos hidroaéreos, cuando contienen intestino. Una vez reducidas, estas hernias permiten palpar con facilidad los límites, sus dimensiones y las otras características del orificio herniario (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Como en todas las hernias, el tratamiento es quirúrgico. En las hernias del espacio de Grynfelt es más difícil, debido a su amplitud y las características de los elementos anatómicos que la limitan, se describen algunas técnicas de rafiás, aunque hoy muchos prefieren las hernioplastias con material protésico de polipropileno.

En este trabajo se presenta un caso de hernia bilateral del espacio de Grynfelt reparado con malla en el Hospital "Iván Portuondo" de San Antonio de los Baños, provincia de Artemisa.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 75 años de edad, blanco, con antecedentes de asma bronquial grado I, exfumador y bebedor habitual, que acude al Hospital "Iván Portuondo" por presentar un aumento de volumen bilateral en la región lumbodorsal, acompañado de dolor con los movimientos de flexión del tronco y la tos.

Examen físico

General: Paciente normolíneo de constitución física delgado, consciente y orientado.

Regional positivo del abdomen: Aumento de volumen bilateral, con un diámetro aproximado de 5 cm, situado en la región lumbodorsal, de consistencia blanda y que aumenta con los golpes de tos. Ese aumento de volumen es no doloroso, no adherido a los planos superficiales y se reduce con maniobras manuales. (Figura 1) Durante la palpación se constata un orificio de alrededor de 2,5 cm de diámetro que tienen como límite superior la costilla XII.



Figura 1. Aumento de volumen bilateral en región lumbar

Por los datos encontrados en el interrogatorio y el examen físico se plantea un síndrome tumoral lumbodorsal que, desde el punto de vista nosológico, se corresponde con una hernia bilateral del espacio de Grynfelt.

Complementarios realizados

Hb: 110 g/l

Leucograma: Negativo

Coagulograma: Negativo

Glicemia: 4,2 mmol/L

VDRL: No reactivo

HIV: Negativo

ECG: Se informa como normal.

Rx tórax antero-posterior: Se observa una imagen cardíaca normal, botón aórtico prominente, áreas pulmonares de aspecto enfisematoso difuso, no otras alteraciones.

Ultrasonido abdominal: Se informa como un estudio normal, no se encontraron alteraciones relacionadas con el aumento del volumen lumbar.

Ultrasonido lumbar de partes blandas: Se visualizó un aumento de volumen en ambas regiones lumbares: el izquierdo de 35 x 39 mm y el derecho de 37 x 41 mm de aspecto irregular que se hace más prominente con las maniobras de valsalva; con ecogenicidad similar al tejido graso subcutáneo. (Figura 2)

Descripción del acto quirúrgico

Tipo de anestesia: Espinal

Hallazgos: Al paciente en decúbito prono se le hacen las maniobras de antisepsia local, se colocan los paños de campo, se le realiza una incisión transversa de alrededor de 6 cm, paralela a la XII costilla y por encima del tumor. Se liberan los planos superficiales, se identifica el tumor

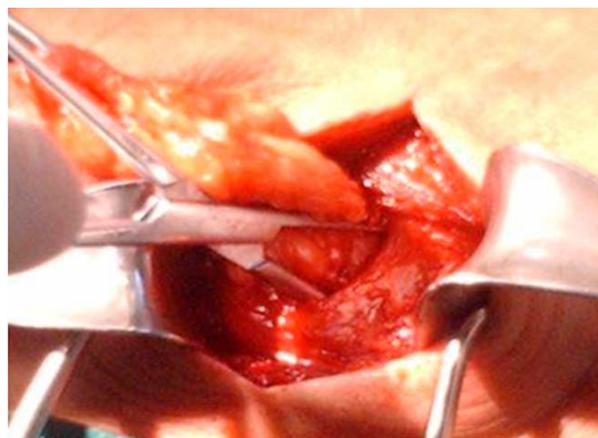


Figura 2. Contenido graso y anillo hemiario

de aspecto adiposo, se libera de manera circunferencial hasta el anillo, se invagina, se revisa hemostasia, se coloca la malla de polipropileno de aproximadamente 7 cm de diámetro mediante 4 puntos de anclaje superior, inferior, medial y lateral, se cierra el anillo por encima de la malla, se revisa la hemostasia, se cierran los planos superficiales sin dejar drenajes. (Figura 3)

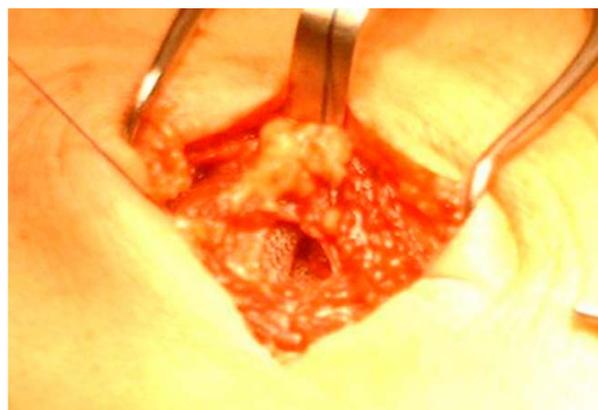


Figura 3. Colocación subaponeurótica de la malla

DISCUSIÓN

Las hernias lumbares adquiridas son muy infrecuentes y se notifican en pocas ocasiones. El espacio de Grynfelt-Lesshaft, por ser el más constante y de mayor tamaño, se afecta más que el espacio de Petit (1, 2, 3, 6).

El espacio de Grynfelt-Lesshaft puede ser triangular o en forma de cuadrilátero; está limitado por arriba y detrás por el músculo serrato posteroinferior; por arriba y delante por la duodécima costilla, por debajo y delante por el músculo oblicuo menor y por debajo y medialmente por el músculo cuadrado lumbar (2, 3, 5, 7).

La presentación unilateral es la más frecuente, predomina en el sexo masculino, con una proporción de 3:1; la presencia bilateral de una hernia lumbar adquirida constituye una rareza, lo cual hace interesante la presentación de este caso (3, 5, 7).

En la literatura se describen con frecuencia hernias lumbares traumáticas secundarias a un trauma lumbar o una

cirugía previa, la presentación bilateral es rara y cuando se presenta se asocia con debilidad y atrofas musculares producidas por la edad, los esfuerzos (constipación, partos, tos, entre otros), así como los ejercicios violentos (levantar pesos y caídas, entre otras causas) que pueden favorecer también su desarrollo (1, 2, 6, 7, 8).

La hernia lumbar congénita es una patología excepcional; es un defecto congénito (producido entre la 3ª - 9ª semana de gestación) de la pared abdominal posterior, asociado con múltiples malformaciones: costales, vertebrales, ausencia tibial, ausencia de vesícula biliar, renales, genitales y anorrectales, entre otras (10, 11).

Las hernias lumbares se presentan invariablemente como un abombamiento en el área afectada, casi siempre blandas y reductibles. Se señala, además, el dolor dorsolumbar, síntomas digestivos reflejos, dispepsia, náuseas, constipación y otros. La presentación como un cuadro de oclusión intestinal mecánica es poco frecuente (1, 2, 3, 6, 7, 8).

Dias Fontoura y colaboradores señalan en su trabajo a un paciente con hernia lumbar bilateral adquirida de Petit, con una sintomatología similar a la del paciente de este estudio. La diferenciación clínica se hace a través del examen físico ya que las hernias lumbares de Petit tienen una ubicación más inferior, en la zona lumbar próxima a la cresta iliaca; mientras las de Grynfelt-Lesshaft son más superiores, próximas a la XII costilla (6).

Otros diagnósticos diferenciales con este tipo de tumor lumbar incluye: Lipoma, tumores de tejidos blandos tales como fibromas, rabiomioma o sarcoma; hematomas, abscesos, tumores renales, hernia muscular, hernia lumbosacroiliaca panicular (herniación de la fascia sin saco verdadero) y la paniculitis. La mayoría de las masas tumorales encontradas en esta región son poco probables que sean hernias lumbares (2, 3, 8, 9).

La tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen asociada con la región lumbar es un estudio seguro que facilita el diagnóstico; pudiera ser simple o contrastada; su empleo sistemático es muy costoso por lo que en países subdesarrollado como Cuba debiera utilizarse solo en casos seleccionados con duda diagnóstica; el ultrasonido abdominal y de partes blandas es útil pero menos específico, aunque es eficiente para diferenciar otras patologías (1, 2, 8).

Los estudios de Medicina Nuclear muestran sus ventajas en la delineación del defecto herniario y su contenido. La resonancia magnética (RM) es de ayuda para determinar algunas causas asociadas con las ciatalgias o los dolores lumbares inexplicables en pacientes con hernias lumbares (1, 2, 8).

El tratamiento de estas hernias debe ser quirúrgico, casi siempre se prefiere el abordaje por vía posterior (lumbotomía); no obstante, se debe recordar que si se sospecha una complicación (estrangulación) está indicado el abordaje por vía anterior, que facilitaría la exploración de las vísceras que forman el contenido del saco (1, 2,

3, 4, 6, 7, 8, 12).

Las hernias de Grynfelt-Lesshaft suelen estar constituidas por anillos herniarios pequeños, cuyo contenido suele ser la grasa preperitoneal (lipoma preherniario); aunque en las grandes hernias puede existir un saco peritoneal, por lo general de cuello amplio, lo cual hace poco frecuente la estrangulación en este tipo de hernia (1, 3, 5, 8).

La reparación clásica, herniorrafia, descrita por Dowd en 1907, o sus modificaciones, involucran la identificación del defecto fascial y el cierre primario por aproximación de sus bordes, así como la aproximación del músculo oblicuo mayor a la fascia del músculo dorsal ancho (2, 3, 8).

En 1923, Ravdin populariza el uso de una porción libre de fascia lata para la reparación de grandes hernias lumbares traumáticas; a partir de finales de la década de los 60 estos grandes defectos comienzan a repararse con diferentes tipos de malla de origen sintético (2, 3, 8, 13).

En este paciente, por ser la hernia bilateral, se decidió realizar una reparación libre de tensión, utilizando una porción de 7 cm de diámetro de polipropileno, colocado en el espacio preperitoneal y fijado con puntos separados, algunos autores describen el uso de malla en hernias lumbares grandes postraumática o incisionales, sin embargo, no se encontró ningún trabajo que señale su uso en las hernias Grynfelt-Lesshaft bilaterales (2, 8).

El uso de la vía laparoscópica para reparar hernias lumbares se describe a partir de la década de 1990; Arca y colaboradores informan siete casos reparados por esta vía, utilizando malla con una recidiva secundaria a la infección de la misma. Estos autores reportan una estadía promedio de 1,7 días y concluyen que el abordaje laparoscópico proporciona una visualización excelente del defecto herniario y una recuperación más corta (12, 13, 14).

Los autores de este trabajo consideran que aún con las ventajas que puede proporcionar la vía laparoscópica, en la hernia lumbar bilateral la lumbotomía mantiene su protagonismo pues es un proceder sencillo, con una curva de aprendizaje para el cirujano corta, con un mínimo de agresión sobre el paciente por realizarse a través de una vía extraperitoneal, con tiempo quirúrgico breve, más barato, puede ser ambulatorio o de una corta estadía y recuperación rápida del paciente a la vida social y laboral.

Otros autores plantean el uso de drenaje en el espacio subcutáneo en hernias grandes con grandes disecciones o pacientes obesos (2, 8), los autores de este trabajo no usaron drenajes en este paciente.

Las recidivas, después de la reparación de estas hernias, se describen con alguna frecuencia (alrededor del 5 %) (2, 3). Arca y colaboradores reportan la recidiva en un caso por infección de la malla (12); hasta este momento después de más de un año de seguimiento, en este paciente no se detecta complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Zinner MJ, Ashley SW; Chapter 5. *Hernias: Maingot's Abdominal Operations 11th Edition.*
2. Demeester SI, Magnuson TH. Chapter 14- *Lumbar and Pelvic Hernias. Zuidema: Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract, 5th ed., Copyright © 2002.*
3. Rondón Espino JA, Larrea Silva RF, Gómez Trinchet A, Aguilar Domínguez LC; *Hernia lumbar de Grynfelt-Lesshaft. A propósito de 2 casos. Rev Cubana Cir 2002; 41(2): 124-8*
4. *Colectivo de autores. Hernias abdominales. En: Cirugía. La Habana: Científico-Técnica, 1985; t 3:68-70.*
5. Alves Junior A, Maximiano L, Fujimura I, Pires PW, Birolini D. *Hérnia de Grynfelt. Relato de caso e revisão da literatura. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo 1995; 50 (2): 111-4*
6. Dias Fontoura R, Silveira de Araújo E, Alves de Oliveira G, Garmenghi Filho D. *Hérnia de Petit bilateral espontânea. Rev. Col. Bras. Cir. 2011; 38(5):369-370*
7. Zanini M, Timoner FR, Carlos D`Aparecida C, Filho M. *Hérnia de Petit: comentário de um caso. An bras Dermatol, Rio de Janeiro 2004;79(2):235-236.*
8. Vargas Motta E; Rivera Motta JE. *Hernias de rara ocurrencia en la pared abdominal: revision del tema y presentacion de dos casos. Cirugía (Bogotá) 1087;2(3):138-42.*
9. Poll Herrera PG, Strachan Estrada J, García Castillo E. *Hernia lumbar: presentación de 3 pacientes. Rev. Cuba. Cir 1992;31(1):38-49.*
10. Karmani S, Ember T, Davenport R. *Congenital lumbar hernias: A case report. J Pediatr Surg 2002;37(6):921-2.*
11. Barrero Candau R, Garrido Morales M. *Hernia Lumbar congénita bilateral y agenesia renal. Cir Pediatr 2007;20:133-135.*
12. Arca MJ, Heniford BT, Pokorny R, Wilson MA, Mayes J, Gagner M. *Laparoscopic repair of lumbar hernias. J Am Coll Surg 1998;187:147-152*
13. Egea AM, Martínez JA, Morales FT, Girela E, Albasini JL. *Open vs laparoscopic repair of secondary lumbar hernias: a prospective nonrandomized study. Surg Endosc 1998;19:184-187.*
14. Heniford BT, Iannitti DA, Gagner M, *Laparoscopic inferior and superior lumbar hernia repair. Arch Surg 1997;132:1141-1144.*

Bilateral Grynfelt Hernia. A Case presentation**SUMMARY**

The lumbar hernia is an uncommon defect of the abdomen posterior wall, it represents less than 1% of all hernias of the abdominal wall. This type of hernia is more frequent at one side and above all in middle-aged men, elders and it seldom has a real hernial sac. There are two different ways of making its repair: either laparoscopy or conventional means. This article is aiming at describing a case of a bilateral Grynfelt Hernia treated through a conventional open surgery and colocation of a netting.

Palabras clave: Lumbar pain, herniation, surgical treatment.

Dirección para la correspondencia: Dr. Ariel Lázaro Torres Molina. Ave C7 No.1902 A, Aguacate, Caimito. Provincia Artemisa. Cuba

E-mail: arieltorres@infomed.sld.cu